

Trabajo Fin de Máster

El uso de sondas de alimentación en pacientes con
demencia avanzada: Revisión bibliográfica.

The use of feeding tubes in patients with advanced
dementia: Bibliographic review.

Autor

Paola Medrano Medrano

Director

María Jesús Cardoso Moreno

Universidad Ciencias de la Salud, Zaragoza

Máster Gerontología Social

2019-2020

Resumen

Debido a la abundante controversia en el uso de sondas de alimentación en pacientes con demencia avanzada, los objetivos de esta revisión bibliográfica es conocer el uso de sondas de alimentación, su efectividad, beneficios, inconvenientes y alternativas de alimentación en estos pacientes. La metodología de búsqueda fue llevada a cabo en las bases de datos PubMed, Cochrane, Dialnet, ScienceDirect y Google Académico. Se seleccionaron los artículos donde la muestra fuesen humanos, a texto completo, en inglés o castellano, la edad de la muestra fuera más de 65 años y un rango de antigüedad de diez años. Como resultado se seleccionaron un total de 36 artículos. Las conclusiones finales de nuestra revisión bibliográfica se resumen en que sigue habiendo una lucha entre ciencia y bioética, ya que, a pesar de no haber ningún tipo de evidencia científica sobre la mejora del estado general de salud de un paciente con demencia avanzada, se sigue haciendo uso de esta técnica.

Palabras clave: Demencia, Nutrición Enteral, Apoyo nutricional, Alimentación Enteral, Ética, Calidad de vida, Cuidados paliativos, Disfagia, Tomar decisiones y Capacitar a profesionales de la salud.

The use of feeding tubes in patients with advanced dementia: Bibliographic review.

Abstract

Due to the abundant controversy in the use of feeding tubes in patients with advanced dementia, the objectives of this bibliographic review is to know the use of feeding tubes, their effectiveness, benefits, inconveniences and feeding alternatives in these patients. The search methodology was carried out in the PubMed, Cochrane, Dialnet, ScienceDirect and Google Academic databases. Articles where the sample were human, full-text, in English or Spanish, the age more than 65 years and a ten-year age range. As a result, we select a total of 36 items. The final conclusions of our literature review are summarized in that there is still a struggle between science and bioethics, since, despite no scientific evidence on improving the overall health of a patient with advanced dementia, this technique continues to be used.

Key words: Dementia, Enteral nutrition, Nutritional support, Enteral feeding, Ethics, Quality of life, Palliative care, Dysphagia, Make decisions y Training health professionals.

ÍNDICE

1. INTRODUCCIÓN.....	4 – 11
2. OBJETIVOS.....	12
3. METODOLOGÍA.....	13 – 14
3.1. CRITERIOS DE INCLUSIÓN.....	13
3.2. CRITERIOS DE EXCLUSIÓN.....	13
3.3. ESTRATEGIA DE BÚSQUEDA.....	14
4. RESULTADOS.....	15 – 26
5. DISCURSIÓN.....	27 – 39
6. CONCLUSIÓN.....	40 – 41
7. BIBLIOGRAFÍA.....	42 – 49

1. INTRODUCCIÓN

La Demencia según la OMS es “un síndrome –generalmente de naturaleza crónica o progresiva– caracterizado por el deterioro de la función cognitiva más allá de lo que podría considerarse una consecuencia del envejecimiento normal. La demencia afecta a la memoria, el pensamiento, la orientación, la comprensión, el cálculo, la capacidad de aprendizaje, el lenguaje y el juicio. La conciencia no se ve afectada. El deterioro de la función cognitiva suele ir acompañado, y en ocasiones es precedido, por el deterioro del control emocional, el comportamiento social o la motivación” (1).

Hoy en día la demencia afecta a nivel mundial a unos 50 millones de personas, de las cuales alrededor del 60% viven en países de ingresos bajos y medios. Cada año se registran cerca de 10 millones de nuevos casos. Se calcula que entre un 5% y un 8% de la población general de 60 años o más sufre demencia en un determinado momento. Y se prevé que el número total de personas con demencia alcance los 82 millones en 2030 y 152 millones en 2050 (1).

La incidencia anual de demencia en España es de 10-15 casos por 1.000 personas/año en la población mayor de 65 años y su prevalencia es de un 6% de las personas mayores, por lo que se calcula que existen entre 400.000 y 600.000 casos de demencia en nuestro país (2).

Las necesidades básicas del paciente con demencia pueden verse alteradas desde los inicios de la enfermedad, ya bien sea por motivo de la propia enfermedad o como consecuencia de la edad. A pesar de que la edad es el principal factor de riesgo de demencia, la enfermedad no es una consecuencia inevitable del envejecimiento, ya que no solo afecta exclusivamente a personas mayores, como puede verse en el caso de la demencia de inicio temprano donde la aparición de los síntomas se da antes de los 65 años, representando hasta un 9% de los casos (1).

Se ha observado que la demencia afecta de manera diferente a cada persona, dependiendo del impacto de la enfermedad y de la personalidad del sujeto antes de empezar a padecerla. Los signos y síntomas relacionados con la demencia se pueden entender en estas tres etapas (2):

Una etapa temprana, donde a menudo pasa desapercibida la enfermedad, ya que el inicio es paulatino. Como síntomas más comunes encontramos: tendencia al olvido, pérdida de la noción del tiempo y desubicación espacial, incluso en lugares conocidos.

La etapa intermedia, donde los signos y síntomas se vuelven más evidentes y limitadores. En ella las personas afectadas empiezan a olvidar acontecimientos recientes, así como los nombres de las personas, se encuentran desubicadas en su propio hogar, tienen cada vez más dificultades para comunicarse, empiezan a necesitar ayuda con el aseo y cuidado personal, sufren cambios de comportamiento, por ejemplo, dan vueltas por la casa y repiten las mismas preguntas.

Y, por último, la etapa tardía, la cual es considerada la última etapa de la enfermedad donde la dependencia y la inactividad son casi totales. Las alteraciones de la memoria son graves y los síntomas y signos físicos se hacen más evidentes. Los síntomas incluyen una creciente desubicación en el tiempo y en el espacio, dificultades para reconocer a familiares y amigos, una necesidad cada vez mayor de ayuda para el cuidado personal, dificultades para caminar, alteraciones del comportamiento que pueden exacerbarse y desembocar en agresiones.

Para poder diagnosticar a un paciente con demencia existen una serie de herramientas para poder medir el grado de progresión de la enfermedad, como son la Global Deterioration Scale (GDS) y la Functional Assessment Staging (FAST). En ellas se puede medir el grado de demencia de nuestro paciente, por ejemplo, ante un paciente con demencia grave (GDS 6 o 7), precisa ayuda para la mayoría o la totalidad de las actividades cotidianas y la alteración cognitiva es global en todos los campos. Una demencia en estadio GDS-FAST 7 es una enfermedad neurológica terminal y la supervivencia de un paciente concreto variará en función del grado de dependencia, las comorbilidades, la presencia de broncoaspiraciones de repetición u otros procesos infecciosos, las úlceras por presión (UPP) y el estado nutricional, pero por lo general su supervivencia será menor de seis meses. La muerte no se produce por la propia enfermedad sino por complicaciones dadas por ella. O como, por ejemplo, una demencia FAST 7 es una demencia avanzada, en fase terminal, en la que el confort del paciente debería ser la máxima prioridad, y por lo tanto debería considerarse en el contexto de tratamientos paliativos, asegurándose la calidad de vida y el bienestar del paciente (3).

Como enfermedad neurológica degenerativa, la demencia tiene un gran impacto sobre el estado nutricional del paciente. El comienzo de los problemas para alimentarse constituye un punto de inflexión de iniciar soporte nutricional, siendo una de las decisiones más frecuentes y complejas a las que se enfrentan los familiares de pacientes con demencia.

Algunos de los consejos básicos dados por SENPE para la administración de dieta oral a pacientes con demencia avanzada y datos de disfagia, son los siguientes:

- Comer en un ambiente relajado, sin distracciones y sin prisa. La duración mínima de la ingesta debería estar alrededor de los 30–40 minutos.
- Presentar menús variados.
- Adaptar las texturas de los alimentos sólidos.
- No mezclar alimentos de distinta consistencia y evitar alimentos de riesgo.
- Consumir alimentos fríos o calientes si no hay alteraciones de la sensibilidad de la boca, del gusto o del olfato.
- Enriquecer la dieta con nutrientes calóricos, proteicos (leche en polvo, etc.).
- Adaptar la viscosidad de los líquidos. Utilizar espesantes, aguas gelificadas, etc.
- Comprobar que la boca está limpia y sin residuos antes de administrar la siguiente cucharada.
- Utilizar utensilios de cocina adaptados y de forma adecuada (no llenarlos demasiado).
- No utilizar pajitas ni jeringas.
- Mantener una posición adecuada: sentado o a 30–45° hasta media hora después de la ingesta.
- Utilizar la postura más correcta posible; en general, espalda alineada y apoyada sobre el respaldo de la silla, con la cabeza ligeramente en flexión, evitando la

hiperextensión. Si dificultad para controlar la postura, utilizar un sistema de posicionamiento específico.

- Seguir las maniobras deglutorias indicadas por un logopeda, si procede.
- Aumentar el número de tomas y de menor cantidad si fatiga muscular.
- Utilizar la presentación de los fármacos más adecuada.
- Mantener una higiene orodental adecuada.
- No utilizar la vía oral mientras el paciente esté adormilado o agitado.

Para realizar un completo y adecuado tratamiento nutricional en un paciente con demencia avanzada debemos tener en cuenta tres aspectos: evaluación completa e individualizada del paciente, comprobar la existencia de documento de instrucciones previas (DIP) o de voluntades anticipadas y elaborar un plan de cuidados centrado en el bienestar del paciente y familia.

En primer lugar, tras una visión global del paciente evaluaremos la tolerancia de deglución del paciente por un profesional cualificado mediante algunos de los siguientes test para su cribado:

- El cuestionario de Wallace y cols modificado, consta de 11 preguntas y con ellas podemos saber si el paciente presenta problemas para deglutir, a que texturas, con qué frecuencia y grado de severidad. Es un test fácil de realizar, no consume mucho tiempo, puede ser realizado en cualquier momento de la evolución de la enfermedad y no conlleva ningún riesgo para el paciente, dado que no es un método invasivo (4).

- EAT-10 (Eating Assessment Tool) es un test de despistaje de disfagia, creado por Nestlé Nutrition Institute. Consta de 10 preguntas y con ellas se evalúa la dificultad para tragar presentando signos clínicos de disfagia (5).
- Test del Agua, desarrollado y validado por DePippo. Es la metodología para la detección de disfagia más utilizada en las unidades de hospitalización. Para su realización necesitaremos que el paciente este incorporado, por tanto, los pacientes a los que se realice el test deben tener buen control del tronco superior. Se considera una técnica invasiva por lo que es aconsejable tener cerca un aspirador de secreciones. La prueba consiste en administrar agua con una jeringuilla de 10 ml y observar si existe babeo, tos o disfonía, y controlando el número de degluciones. El proceso se repite cuatro veces y posteriormente se administran 50 ml de agua en un vaso, siempre observando si se producen los tres mismos puntos. El resultado de la prueba es negativo si no existen síntomas y positivo si estos aparecen (4).

Para poder llevar a cabo esta prueba el paciente debe tener presente el reflejo de tos y exista una sensibilidad faríngea adecuada, en el caso de que no se cumpliera este requisito, la exploración se puede completar con la medición de la saturación de oxígeno, considerando que una desaturación de un 2% es un signo de aspiración, y si el paciente desatura hasta un 5% justifica la suspensión de la exploración (4).

- El método de Exploración Clínica Volumen-Viscosidad (MECV-V) desarrollado por el Dr. Clavé y nos permite identificar precozmente a los pacientes con disfagia orofaríngea, y por tanto con riesgo de presentar alteraciones de la eficacia y seguridad de la deglución que podrían desencadenar en el paciente desnutrición, deshidratación y aspiraciones. Consta de administrar al paciente 5, 10 y 20 ml de alimento en texturas néctar, pudín y líquido, obtenidas con espesante comercial. Durante su administración se observa si existe presencia de tos, cambios vocales, residuos orales, deglución fraccionada, incompetencia del sello labial o residuos faríngeos mientras se monitoriza la saturación de oxígeno (6).

Ya mencionado anteriormente, el documento de instrucciones previas (DIP) o de voluntades anticipadas, es el documento por el cual una persona mayor de edad y con capacidad libremente manifiesta anticipadamente su voluntad, con objeto de que esta se cumpla en el momento en que llegue a situaciones en cuyas circunstancias no sea capaz de expresar o adoptar decisiones. El DIP lo puede hacer cualquier persona mayor de edad, capaz y libre, por escrito, de alguna de las tres formas siguientes:

- Ante tres testigos, de los que dos no podrán ser familiares en segundo grado ni estar vinculados por relación patrimonial con el otorgante.
- Ante notario, sin que sean necesarios los testigos.
- Ante el personal del Registro de la Comunidad Autónoma correspondiente y accesible desde cualquier centro sanitario.

La voluntad del paciente puede referirse a los cuidados y tratamientos médicos que pueda recibir en situaciones críticas e irreversibles para su vida o en el supuesto de incapacidad por enfermedades como la demencia. También sobre el destino de su cuerpo y sus órganos en caso de fallecimiento (3).

No debemos olvidar que la alimentación tiene un valor social profundo. De hecho, se le concede un papel trascendental en la recuperación de la enfermedad en nuestra sociedad. Desde otro punto de vista, algunos autores sostienen que la nutrición y la alimentación artificial son formas de tratamiento médico y que, por dicho motivo, deben estar sujetas a los mismos criterios de análisis de cargas y beneficios que el resto de los tratamientos para su indicación (8).

Para concluir con un plan nutricional, a pesar de los esfuerzos para mejorar la ingesta oral, en la mayoría de pacientes con demencia avanzada los problemas para alimentarse continuarán o se agravarán (3).

La ingestión deficiente de alimentos es frecuente en las personas con demencia, incluso antes de que se haya realizado un diagnóstico. La aparición de trastornos de la deglución constituye un claro marcador de la fase grave de la demencia (8).

La deglución es una de las funciones básicas del organismo. Consta de un proceso neuromuscular complejo, en el que intervienen más de 50 pares de músculos y requiere una precisa coordinación. La disfagia, o dificultad en la deglución, se suele clasificar según el mecanismo de producción (mecánico o neurogénico) o el lugar (orofaríngea, esofágica, paraesofágica) (9).

Una vez diagnosticada la patología de disfagia, existen dos opciones principales: mantener la alimentación oral asistida (alimentación de confort, by hand), o la colocación de una sonda para nutrición enteral, ya bien sea la colocación de una sonda nasogástrica (SNG) o una gastrostomía endoscópica percutánea, conocida como PEG (3).

Y es en este punto de la toma de decisiones, donde queremos profundizar y realizar la revisión bibliográfica, para poder conseguir darle respuesta a nuestra pregunta de investigación.

2. OBJETIVOS

Realizar una revisión bibliográfica para conocer:

- El uso de sondas de alimentación en pacientes con demencia avanzada.
- La efectividad de las sondas de alimentación en pacientes con demencia avanzada.
- Los beneficios de esta práctica para los pacientes con demencia avanzada.
- Los inconvenientes del uso de sondas de alimentación en pacientes con demencia avanzada.
- Las alternativas de alimentación en pacientes con demencia avanzada.

3. METODOLOGÍA

3.1.CRITERIOS DE INCLUSIÓN

- Las publicaciones y estudios tanto en castellano como en inglés.
- Las publicaciones y estudios donde se plasmara una idea clara sobre el uso de sondas de alimentación en pacientes con demencia avanzada.
- Las publicaciones o estudios con acceso y texto completo.
- Las publicaciones o estudios donde la muestra fuesen humanos.

3.2.CRITERIOS DE EXCLUSIÓN

- Las publicaciones o estudios en otros idiomas distintos a los mencionados en los criterios de inclusión.
- Las publicaciones o estudios donde no se dieran las patologías reseñadas en los criterios de inclusión.
- Las publicaciones o estudios con texto incoherente.
- Las publicaciones o estudios sin acceso a texto completo.
- Las publicaciones o estudios que se repetían en las distintas bases de datos.

3.3. ESTRATEGIA DE BUSQUEDA

Se llevó a cabo una búsqueda bibliográfica sobre la literatura que abordase las distintas respuestas a nuestra pregunta de investigación: El uso de sondas de alimentación en pacientes con demencia avanzada.

Se seleccionaron los artículos o publicaciones donde la muestra fuesen humanos, a texto completo, en inglés o castellano y donde la edad de la muestra fuera más de 65 años. Se incluyeron también los artículos sugeridos por la base de datos relacionados con nuestra búsqueda. Y finalmente a pesar de la escasez de artículos, en esta búsqueda se ha establecido rango de antigüedad de publicación de diez años, ya que se quería obtener datos recientes.

Entre las bases de datos utilizadas encontramos: PubMed, Cochrane, Dialnet, ScienceDirect y Google Académico.

Las palabras clave utilizadas en la búsqueda fueron tanto en castellano como en inglés:

- Demencia, Nutrición Enteral, Apoyo nutricional, Alimentación Enteral, Ética, Calidad de vida, Cuidados paliativos, Disfagia, Tomar decisiones y Capacitar a profesionales de la salud.
- Dementia, Enteral nutrition, Nutritional support, Enteral feeding, Ethics, Quality of life, Palliative care, Dysphagia, Make decisions y Training health professionals.

Los operadores booleanos utilizados en la búsqueda fueron:

- AND y OR

4. RESULTADOS

	AUTOR(ES)	AÑO	TÍTULO	RESUMEN
1	Sura L, Madhavan A, Carnaby G, Crary MA.	2012	Dysphagia in the elderly: management and nutritional considerations.	En este estudio reflejan la importancia de la rehabilitación intensiva de la deglución y esfuerzos preventivos para que de forma profiláctica mejore el estado nutricional del paciente y se reduzcan las neumonías en poblaciones ancianas con disfagia. Gestión compensatoria: ajustes posturales del paciente, maniobras de deglución y modificaciones en la dieta.
2	Schwartz DB.	2018	Enteral Nutrition and Dementia Integrating Ethics	La Sociedad Estadounidense de Nutrición Parenteral y Enteral y la Academia de Nutrición y Dietética han desarrollado pautas y recomendaciones de nutrición enteral para personas con demencia. La literatura actual no apoya el uso de nutrición enteral en pacientes con demencia avanzada. La alimentación oral asistida total cuidadosa es el método preferido de alimentación en este tipo de pacientes. Remarca la importancia de planificación anticipada de la atención, tanto por parte del paciente, médicos y familia.
3	Masaki S, Kawamoto T.	2019	Comparison of long-term outcomes between enteral nutrition via gastrostomy and total parenteral nutrition in older persons with dysphagia: A propensity-matched cohort study.	Realizan un análisis para comparar los resultados de alimentación enteral (PEG) y parenteral (TPN) en personas mayores. Encontramos que, en comparación con la TPN, la PEG se asoció con una mejor supervivencia y una mayor incidencia de neumonía grave, así como una menor incidencia de sepsis, sin diferencias significativas entre los grupos en la recuperación de la ingesta oral y el alta al hogar. La regla general es que la alimentación enteral debe considerarse en pacientes con función digestiva normal, mientras que la NPT debe usarse si la nutrición enteral no es factible. A la hora de la toma de decisiones también se debería de basar en su estado clínico y las preferencias de los pacientes y sus familiares

4	Goldberg LS, Altman KW.	2014	The role of gastrostomy tube placement in advanced dementia with dysphagia: a critical review.	<p>Actualmente no existe evidencia que sugiera que las tasas de supervivencia a largo plazo mejoren en pacientes con demencia avanzada que se sometieron a la colocación de PEG por disfagia y riesgo de aspiración.</p> <p>Se ha demostrado que la edad (>80 años) y el sexo (masculino) influye en la mortalidad tras inserción del PEG.</p> <p>Cuando la decisión final por parte de los profesionales es de no insertar un PEG, por parte de los cuidadores, a menudo se interpreta erróneamente como una recomendación que significará "no comer" o "no cuidar" a su familiar. Esta suposición da lugar a su repulsa a aceptar la recomendación. Los cuidadores deben ser educados sobre la calidad de vida de la alimentación del paciente.</p>
5	Appel-da-Silva MC, Zuchinali P, de Oliveira RF, Boligon CS, Riella C, Salazar GS.	2019	Nutritional profile and mortality in patients undergoing percutaneous endoscopic gastrostomy.	<p>Aunque las guías no recomiendan la colocación de sondas de alimentación para la administración artificial de nutrición en pacientes con demencia, este tema sigue siendo controvertido en la práctica clínica.</p> <p>La decisión de colocar o no un PEG tubo en el paciente generalmente implica temas culturales, sociales y religiosos.</p> <p>En este estudio los resultados de colocación de la sonda de alimentación fueron favorables en cuanto a que la mortalidad de los pacientes de su muestra no fue por las complicaciones que su colocación conlleva sino por patologías previas de los pacientes.</p>
6	Vitale CA, Berkman CS, Monteleoni C, Ahronheim JC.	2011	Tube feeding in patients with advanced dementia: knowledge and practice of speech-language pathologists.	<p>Este estudio está centrado en los patólogos del habla y el lenguaje y su visión sobre la alimentación en pacientes con demencia avanzada.</p> <p>La mayoría no se sienten formados para tratar la disfagia en este tipo de pacientes, no aseguran la reducción de aspiración con esta práctica y recomendaban la alimentación oral.</p> <p>El SLP puede ser integral para facilitar el desarrollo de un plan de cuidados paliativos que incluya alternativas a la alimentación por sonda, como enseñar a los cuidadores y al personal estrategias óptimas para continuar con la alimentación oral para mayor comodidad de la manera más segura posible.</p> <p>Aunque los pacientes con demencia avanzada y problemas de alimentación a menudo son evaluados por miembros del equipo interdisciplinario, incluidos los patólogos del habla y el lenguaje (SLP), los médicos son los responsables en última instancia de implementar un estudio médico adecuado y hacer recomendaciones de tratamiento.</p>

				El equipo interdisciplinario de médico, enfermero, trabajador social y SLP, u otros profesionales que conocen al paciente, deben establecer juntos objetivos a corto y largo plazo para el paciente y determinar si la alimentación por sonda está médicamente indicada.
7	Mendiratta P, Tilford JM, Prodhan P, Curseen K, Azhar G, Wei JY.	2012	Trends in percutaneous endoscopic gastrostomy placement in the elderly from 1993 to 2003.	<p>Este estudio proporciona una perspectiva sobre las tendencias temporales en la colocación de la sonda PEG en Estados Unidos. La colocación de la sonda PEG sigue aumentando entre los pacientes de edad avanzada y las tasas de colocación se han duplicado entre las personas de edad avanzada hospitalizadas con demencia durante el período de estudio de 10 años.</p> <p>Aproximadamente 1 de cada 10 tubos PEG colocados fue en pacientes con demencia de Alzheimer. La decisión de iniciar la alimentación por sonda enteral no se basa en la evidencia y está influenciada por cuestiones éticas.</p>
8	Cantón Blanco A, Lozano Fuster FM, Del Olmo García M ^a D, Virgili Casas MN, Wanden-Berghe Lozano C, Avilés V, et al.	2019	Nutritional management of advanced dementia: summary of recommendations of the SENPE Ethic Group.	<p>El empleo de nutrición enteral por sonda de alimentación es mayor en pacientes con enfermedad de Alzheimer y mucho más en pacientes institucionalizados.</p> <p>La colocación de una sonda de alimentación enteral no es el abordaje recomendable en estas situaciones, donde deberían ser cuidados paliativos.</p> <p>La decisión de iniciar un soporte nutricional es una de las decisiones más complejas y frecuentes que se enfrentan los familiares.</p> <p>El tratamiento nutricional en estos pacientes debería considerarse como otros tratamientos paliativos, asegurando la calidad de vida y bienestar del paciente.</p> <p>Lo importante de realizar una evaluación individualizada, prestando principal atención a la disfagia, haciendo planes de cuidados desde fases tempranas.</p> <p>Siempre considerar la existencia de DIP (documento de instrucciones previas) y voluntades anticipadas.</p> <p>Comunicación con la familia de forma clara y comprensible para la toma de decisiones respetando sus creencias, deseos, valores, opiniones y diversidad.</p> <p>La evidencia científica no apoya el uso de nutrición enteral por sonda en pacientes con demencia avanzada.</p> <p>No se ha demostrado la reducción de neumonías por broncoaspiración, la prevención ni mejora de cicatrización de úlceras por presión ni mejora el estado nutricional del paciente.</p> <p>ESPEN y American Geriatrics Society Ethic Committee contraindican la nutrición enteral por sonda en pacientes con demencia avanzada.</p> <p>El no iniciar nutrición enteral se entiende por la interrupción de cuidados.</p>

9	Shalom T, Shuv-Ami A.	2018	Force-Feeding and Resuscitation of Patients with Advanced Dementia: A Public Opinion Study.	<p>46,8 millones de personas en todo el mundo con demencia en 2015. En 20 años, se duplica con 74,7 millones en 2030 y 131,5 millones en 2050.</p> <p>La familia de los pacientes con demencia avanzada se les pide que tomen decisiones sin el conocimiento adecuado sobre riesgos/beneficios temiendo ser juzgados, por ello insistir en una mayor educación y apoyo a las familias.</p> <p>La falta de información y documentación dificulta la toma de decisiones, por ello la importancia de la presencia de voluntades anticipadas.</p> <p>La toma de decisiones en el mayor de los casos la toman la familia y médico.</p> <p>La alimentación es considerada como símbolo de cuidado en nuestra sociedad, esto hace que se recurra a ella de forma forzada.</p> <p>La religión y la cultura son factores que influyen en la toma de decisiones.</p> <p>En este estudio se concluyó que tanto la religión como la edad (personas jóvenes) son más propensas a aceptar una alimentación forzada para su familiar/paciente.</p> <p>Los aspectos culturales afectan de mismo modo las opiniones sobre la intervención en condiciones del final de la vida.</p>
10	Takenoshita S, Kondo K, Okazaki K, Hirao A, Takayama K, Hirayama K, et al.	2017	Tube feeding decreases pneumonia rate in patients with severe dementia: comparison between pre- and post-intervention.	<p>Demencia avanzada se considera con una puntuación de FAST 7 o superior, en este estudio se observó que la mayoría de los pacientes con demencia recibieron alimentación enteral antes de estar en esta puntuación.</p> <p>Como conclusión, en este estudio consideran demasiado estricto diagnosticar una demencia avanzada con un FAST 7.</p> <p>Se compara la aparición de neumonía en pacientes con/sin demencia en las mismas circunstancias médicas y se obtiene que el uso de sondas de alimentación disminuye la frecuencia de neumonía incluso en pacientes con demencia y la nutrición enteral prolonga la supervivencia.</p> <p>No necesariamente hay que hacer de su uso por la calidad de vida y decisión ética.</p>
11	Hyeda A, Costa ÉSMD.	2017	Economic analysis of costs with enteral and parenteral nutritional therapy according to disease and outcome.	<p>Terapia nutricional (TN), tiene objetivo de proporcionar la cantidad necesaria de nutrientes para las funciones corporales y de mantener o recuperar un buen estado nutricional, disminuyendo el riesgo de complicaciones, promoviendo una recuperación rápida y reduciendo la duración de la estancia en el hospital, la morbilidad y mortalidad.</p> <p>El uso de TN se relaciona con pacientes de mayor edad y mayor estancia hospitalaria.</p>

12	Mitchell SL, Mor V, Gozalo PL, Servadio JL, Teno JM.	2016	Tube Feeding in US Nursing Home Residents With Advanced Dementia, 2000-2014.	La proporción de pacientes con alimentación por sondas entre 2000 y 2014 disminuyó aproximadamente un 50% como consecuencia a la aparición de investigaciones con opiniones y recomendaciones por parte de los expertos y organizaciones mundiales.
13	Ying I.	2015	Artificial nutrition and hydration in advanced dementia.	<p>Pacientes con riesgo de disminución de la capacidad mental era una de las razones para iniciar la nutrición y/o hidratación artificial, incluso los pacientes con demencia.</p> <p>La evidencia científica indica que no prolonga la supervivencia ni mejora la calidad de vida.</p> <p>La alimentación enteral aumenta a los pacientes a un mayor riesgo de complicaciones.</p> <p>A pesar de la creencia convencional de que la nutrición artificial mitiga los riesgos de aspiración y ayuda a la curación de heridas, es todo lo contrario.</p> <p>El riesgo de aspiración y desarrollo de las úlceras por presión aumentan de hecho con el inicio de la alimentación por sonda, aumentan el número de deposiciones en muchos casos líquidas proporcionando un ambiente húmedo propicio para la degradación de la piel o al aumentar el volumen de líquidos aumentan las secreciones aéreas.</p> <p>Remarcar las restricciones físicas o químicas para evitar el arrancamiento de la sonda de alimentación.</p> <p>.</p> <p>Para los pacientes y familia la comida y agua tienen un significado religioso, cultural o personal, y hay que tener presente la población multicultural que somos.</p> <p>Se relaciona erróneamente el uso de sondas de alimentación en pacientes con neumonías por broncoaspiración.</p> <p>La alimentación por sonda no prolonga la supervivencia ni mejora el estado nutricional en pacientes con disfagia y demencia avanzada.</p> <p>Los pacientes bajo el cuidado de especialistas son más propensos a estas técnicas que los generalistas, por la visión de estos últimos más general del paciente.</p> <p>American Geriatrics Society desalientan el uso de sondas de alimentación en pacientes con demencia avanzada, promoviendo una alimentación manual cuidadosa.</p> <p>Pacientes con sondas de alimentación aumentan los costes por materiales, complicaciones, hospitalizaciones, ...</p> <p>Toma de decisiones, por médico, paciente y familia, sopesando los beneficios contra los daños.</p>

				<p>En este estudio se proponen una serie de pautas para abordar la sed y hambre de los pacientes con disfagia como pueden ser: saliva artificial, pocas cantidades, higiene bucal entre otras.</p> <p>Trabajo en equipo apoyándose con trabajo social y atención espiritual.</p> <p>No hay evidencia que la nutrición artificial prolongue la vida en la demencia avanzada o que mejore los síntomas de hambre o sed.</p>
14	Teno J, Meltzer DO, Mitchell SL, Fulton AT, Gozalo P, Mor V.	2014	Type of attending physician influenced feeding tube insertions for hospitalized elderly people with severe dementia.	<p>5,2 millones de personas de 65 años o más, están afectadas por demencia de Alzheimer y 16 millones de personas se verán afectadas en 2050.</p> <p>El uso de la sonda de alimentación puede ser por una perspectiva del cuidado de la comodidad.</p> <p>Desde 1992 hay 2 artículos (JAMA y el New England Journal of Medicine) que han cuestionado la eficacia de la inserción de la una sonda de alimentación en personas con demencia avanzada.</p> <p>En este estudio se observó la probabilidad de colocación de sonda de alimentación a pacientes con demencia avanzada según el médico y su especialidad. Se concluyó que los médicos especialistas hacen mayor uso de esta técnica que un médico generalista, puede ser por la falta de experiencia en la atención de personas con demencia avanzada.</p> <p>Sopesar los posibles beneficios/cargas y deben ser conscientes de los objetivos y valores del paciente.</p>
15	Hwang D, Teno JM, Gozalo P, Mitchell S.	2013	Feeding tubes and health costs postinsertion in nursing home residents with advanced dementia.	<p>El 86% de personas que mueren por demencia desarrollan problemas de alimentación.</p> <p>El coste de alimentación por sonda es mayor que alimentación manual, y esto se debe por los reingresos de estos pacientes.</p> <p>Uno de los objetivos de este estudio junto con el conocedor coste de las sondas de alimentación, es garantizar que los médicos conozcan las indicaciones y riesgos de este método de alimentación.</p> <p>Este estudio sugiere posibles ahorros financieros con la mejora de consentimiento informado basado en una discusión completa de los riesgos y beneficios de la inserción del tubo de alimentación en pacientes con deterioro cognitivo avanzado.</p>
16	Sura L, Madhavan A, Carnaby G, Crary MA.	2012	Dysphagia in the elderly: management and nutritional considerations.	<p>La rehabilitación de la deglución es un enfoque eficaz y se han demostrado beneficios extendidos relacionados con un mejor estado nutricional y una reducción de las tasas de neumonía en pacientes con accidentes cerebrovasculares o patologías que dificulten la deglución, pero NO en la demencia.</p>

17	Costa G, Espinosa M ^a C, Cristófol R, Cañete J.	2012	Demencia avanzada y cuidados paliativos: características sociodemográficas y clínicas.	<p>El incluir la atención de cuidados paliativos a pacientes con demencia avanzada supone además incorporar a la familia como unidad de tratamiento. Con esto, se implica a la familia en la toma de decisiones sobre las medidas de intervención en el paciente, que en esos momentos no puede decidir sobre las opciones de tratamiento a seguir por su deterioro cognitivo.</p> <p>Acorde a como se señalan en otros estudios, en nuestro trabajo la malnutrición, las úlceras e infecciones urinarias son los síntomas más prevalentes en pacientes con demencia avanzada. Estos síntomas pueden ser tomados al informar a la familia como indicadores del estado de terminalidad, teniendo en cuenta que aquellos pacientes cuyos cuidadores entendieron el pronóstico y la posibilidad de aparición de estas complicaciones clínicas en la evolución de la demencia avanzada fueron los que recibieron un tratamiento menos agresivo al final de la vida.</p> <p>Al intervenir sobre la familia puede ser de utilidad evaluar el grado de malestar emocional y sobrecarga del cuidador principal del paciente, ya que son variables que pueden interferir en la calidad de los cuidados que recibe el paciente con demencia avanzada.</p> <p>En este estudio un alto porcentaje de cuidadores presentan sintomatología psiquiátrica significativa con mayor prevalencia de sintomatología ansiosa y una alteración en la función social del cuidador, asimismo, en un porcentaje considerable existe un nivel de sobrecarga significativo a pesar de estar ingresado en paciente en la unidad.</p>
18	Bertran J.	2016	Tratamiento paliativo y del dolor en pacientes con demencia.	<p>El tratamiento paliativo y el tratamiento del dolor en la demencia tienen una gran importancia para el confort del paciente y de su familia.</p> <p>Los problemas más importantes para enfocar el dolor y su tratamiento en la fase avanzada de la demencia son: la comunicación con el paciente, la información al paciente y su familia y la formación y la sensibilidad sobre este tema entre el personal asistencial.</p> <p>La situación de demencia avanzada requiere un proceso previo de valoración multidimensional y de información al paciente y la familia. El dolor es el síntoma más prevalente y más difícil de valorar, lo que pudo producir una situación de infra-tratamiento reconocida por diversos autores.</p> <p>La corriente actual de los cuidados paliativos, que propone su integración en todos los servicios sanitarios y sociales, favorece un procedimiento sistemático que permite en los pacientes con demencia avanzada: Respetar en todo momento, los deseos y la voluntad del paciente, integrar a la familia y a las personas próximas, utilizar todos los medios terapéuticos al alcance, evitar el encarnizamiento terapéutico y favorecer la prevención del duelo patológico.</p>

19	Teno JM, Gozalo P, Mitchell SL, Kuo S, Fulton AT, Mor V.	2012	Feeding tubes and the prevention or healing of pressure ulcers.	Síntesis previas de la literatura han concluido que las sondas de alimentación no benefician a los pacientes con demencia avanzada. Los hallazgos obtenidos en este estudio con respecto al riesgo de desarrollar o no curar las úlceras por presión, sugieren que las sondas de alimentación no son beneficiosas, incluso pueden ser potencialmente dañinas en estos pacientes.
20	Austbø Holteng LB, Frøiland CT, Corbett A, Testad I.	2017	Care staff perspective on use of texture modified food in care home residents with dysphagia and dementia.	<p>El objetivo de este estudio fue examinar las experiencias del personal de cuidados con alimentos de textura modificada en los residentes de hogares de ancianos con disfagia y demencia.</p> <p>El personal tiene un alto riesgo de tensión emocional y estrés, los cuales son factores de riesgo de agotamiento y depresión. El sentimiento de dominio y la autoeficacia, definido como tener fe en poder alcanzar un objetivo establecido, se ven directamente afectados, y estudios recientes indican un vínculo causal entre el agotamiento y la baja autoeficacia.</p> <p>Algunos de los síntomas vividos por el personal en este estudio son, la tensión emocional, los sentimientos de miedo, impotencia, culpa o asfixia.</p> <p>Hay una falta de orientación y apoyo claros para el personal en la mejora de la atención nutricional. Los resultados de este estudio son favorables en cuanto a los alimentos de textura modificada ya que el personal de atención describió una experiencia abrumadoramente positiva. Esto se manifestó en informes de sentirse menos desafiados y más seguros durante las comidas, lo que se atribuyó a la reducción del riesgo de asfixia. A su vez, estas experiencias positivas se asociaron con una mejor percepción de la autoeficacia entre el personal y una mayor creencia en su propia capacidad para apoyar a los residentes. La autoeficacia es una variable importante en lo que respecta a la reducción del riesgo de agotamiento y depresión entre el personal de atención, lo que a su vez está relacionado con la calidad general de la atención y la satisfacción laboral.</p>
21	Murphy E, Froggatt K, Connolly S, O'Shea E, Sampson EL, Casey D, Devane D.	2016	Palliative care interventions in advanced dementia.	<p>Los cuidados paliativos se han centrado tradicionalmente en la atención de las personas con cáncer, pero durante más de una década, se han incrementado los llamamientos en todo el mundo para ampliar los servicios de cuidados paliativos para incluir a todas las personas con enfermedades que limitan la vida que necesitan atención especializada, incluidas las personas con demencia.</p> <p>La demencia avanzada puede considerarse como una condición terminal, donde el enfoque en gran parte, aunque no necesariamente toda, de la atención brindada es paliativa, maximizando la comodidad y la calidad de vida, en lugar de curativa. Sin embargo, los estudios han demostrado que las personas con demencia avanzada a menudo están sujetas a investigaciones innecesarias durante la fase terminal de su enfermedad y se les prescribe menos analgesia en los últimos seis meses de vida en comparación con las personas sin deterioro cognitivo.</p>

22	Hanson LC, Kistler CE, Lavin K, Gabriel SL, Ernecoff NC, Lin FC, et al.	2019	Triggered Palliative Care for Late-Stage Dementia: A Pilot Randomized Trial	La consulta de cuidados paliativos especializados para la demencia en una etapa avanzada, es factible y prometedora para mejorar la toma de decisiones y los resultados clínicos neurológicos para las personas con demencia y sus familias.
23	Bentur N, Sternberg S, Shuldiner J, Dwolatzky T.	2015	Feeding tubes for older people with advanced dementia living in the community in Israel	<p>Este estudio informa de una mayor prevalencia del uso de sistemas de sujeción, concluyendo que los usuarios de sonda de alimentación tienen 3 veces más probabilidades de ser inmovilizados. El riesgo de restricciones debe ser parte de la conversación sobre los beneficios y los riesgos potenciales de la inserción de la sonda de alimentación.</p> <p>Solo la mitad de los cuidadores informaron que el personal médico discutió la inserción de una sonda de alimentación con el cuidador antes de la inserción, este hallazgo destaca el hecho de que la comunicación con respecto a la inserción de la sonda de alimentación no fue óptima.</p> <p>Por razones culturales, históricas y éticas, se postula que Israel como sociedad ve la comida y los líquidos como una necesidad básica de la vida y no como una intervención médica en la atención al final de la vida, y de ahí la baja incidencia de alimentación enteral entre sus pacientes terminales, incluidos los diagnosticados de demencia avanzada.</p> <p>Otro dato relevante para esta baja incidencia según este estudio es que la mayoría de estos pacientes viven en comunidad y no institucionalizados.</p>
24	Gilmore-Bykovskyi AL, Rogus-Pulia N.	2018	Temporal Associations between Caregiving Approach, Behavioral Symptoms and Observable Indicators of Aspiration in Nursing Home Residents with Dementia.	<p>En este estudio se observó un precedente en las broncoaspiraciones por parte de los cuidadores, y es que el acto de comer se puede ver alterado por un ambiente social, y partiendo de la base que los pacientes con demencia avanzada pueden tener alterada la acción del lenguaje hace que dificulte la situación global.</p> <p>Hay varias explicaciones plausibles para las asociaciones observadas. La hora de comer se apresura comúnmente y los cuidadores pueden superar las habilidades funcionales de las personas con demencia o exhibir acciones de control física o verbal mientras intentan realizar estas complejas tareas de alimentación, lo que puede distraer o dificultar las acciones de deglución.</p>

25	Cantón A, Lozano FM, del Olmo M ^o D, Virgili N, Wanden-Berghe C, Avilés V, et al.	2019	Manejo nutricional de la demencia avanzada: resumen de recomendaciones del Grupo de trabajo de Ética de la SENPE.	<p>La nutrición por sonda no está recomendada en términos generales en pacientes con demencia avanzada a la luz de la evidencia científica disponible.</p> <p>Los profesionales sanitarios no deberían promover el uso generalizado de la nutrición enteral por sonda, considerando que es un tratamiento médico y requiere una decisión médica, unos objetivos claros y una técnica que conlleva riesgos asociados.</p> <p>Debemos considerar la existencia de voluntades anticipadas del paciente y promover la redacción de planes de cuidados desde etapas tempranas de la enfermedad.</p> <p>Si por alguna circunstancia se inicia tratamiento con nutrición artificial (presión familiar, etc.), esta actitud será siempre reevaluable en el tiempo, trabajando los pros y los contras de dicha indicación y dando un margen al entorno familiar para aceptar las recomendaciones planteadas.</p> <p>Debemos informar de manera adecuada y comprensible a la familia, cuidador o tutor legal de las decisiones tomadas por el equipo y siempre hay que dejar muy claro que el no iniciar una nutrición artificial no supone la interrupción de los cuidados a su ser querido.</p>
26	Martínez I, López SR, Martín S, Morales L, Soriano SI, Martínez AI.	2018	Prevalencia y tipología de pacientes susceptibles de cuidados paliativos fallecidos en el domicilio.	<p>En este artículo se puede observar como la enfermedad del Alzheimer y demencia avanzada se colocan en la segunda posición en las patologías más comunes de los pacientes susceptibles de cuidados paliativos fallecidos en el domicilio.</p> <p>Por otro lado, se llega a la conclusión que el porcentaje total es inferior al esperado, ya que la mayoría de los pacientes con estas patologías se encuentran institucionalizados o ingresados en hospitales geriátricos.</p>
27	Takayama K, Hirayama K, Hirao A, Kondo K, Hayashi H, Kadota K, et al.	2017	Survival times with and without tube feeding in patients with dementia or psychiatric diseases in Japan.	Los pacientes con alimentación por sonda sobrevivieron más tiempo que aquellos sin alimentación por sonda, incluso entre pacientes con demencia. Este estudio sugiere que la nutrición enteral para pacientes con demencia prolonga la supervivencia
28	Ticinesi A, Nouvenne A, Lauretani F, Prati B, Cerundolo N, Maggio M, et al.	2016	Survival in older adults with dementia and eating problems: To PEG or not to PEG?	En personas de edad avanzada con demencia y problemas alimenticios, la alimentación con PEG a largo plazo aumenta el riesgo de mortalidad y debe desalentarse.

29	Teno JM, Gozalo P, Mitchell SL, Kuo S, Fulton AT, et al.	2012	Feeding tubes and the prevention or healing of pressure ulcers.	Los tubos de alimentación no están asociados con la prevención o la curación mejorada de una úlcera por presión. Más bien, sus hallazgos sugieren que el uso de tubos de alimentación se asocia con un mayor riesgo de úlceras por presión.
30	Teno JM, Mitchell SL, Kuo SK, Gozalo PL, Rhodes RL, Lims JC, et al.	2011	Decision-making and outcomes of feeding tube insertion: a five-state study.	Los resultados actuales sugieren que hay importantes oportunidades para mejorar el proceso de toma de decisiones, en el sentido de que los miembros de la familia informaron que no estaban informados de los riesgos de la inserción de la sonda de alimentación y que casi el 14% se sentía coaccionado por un médico para insertar una Tubo. Además, existen importantes riesgos a largo plazo de los tubos de alimentación, ya que casi el 40% de las personas alimentadas por tubos están siendo sujetadas física o farmacológicamente. Sobre la base de estos hallazgos, es necesario mejorar la toma de decisiones en el uso de tubos de alimentación en personas con demencia.
31	Teno JM, Mitchell SL, Gozalo PL, Dosa D, Hsu A, Intrator O, et al.	2010	Hospital characteristics associated with feeding tube placement in nursing home residents with advanced cognitive impairment.	Entre los residentes de residencias de ancianos con deterioro cognitivo avanzado ingresados en hospitales de cuidados agudos, el mayor uso tanto hospitalario como de la Unidad de Cuidados Intensivos se asoció con el aumento de las tasas de inserción de la sonda de alimentación.
32	Ayman AR, Khoury T, Cohen J, Chen S, Yaari S, Daher S, Benson AA, et al.	2017	PEG Insertion in Patients With Dementia Does Not Improve Nutritional Status and Has Worse Outcomes as Compared With PEG Insertion for Other Indications.	La inserción de PEG en pacientes con demencia no mejora la mortalidad a corto y largo plazo ni la tasa de rehospitalización en comparación con los pacientes que se sometieron a la colocación de PEG para indicaciones alternativas como otras enfermedades neurológicas o la cabeza y el cuello neoplasia maligna e incluso se asoció con menos tiempo hasta la muerte. Además, la inserción de PEG en pacientes con demencia no mejoró la albúmina. Por lo tanto, la selección cuidadosa de los pacientes con demencia está garantizada antes de la colocación de PEG sopesando los riesgos y beneficios de forma personalizada.

33	Cintra MT, de Rezende NA, de Moraes EN, Cunha LC, da Gama Torres HO.	2014	A comparison of survival, pneumonia, and hospitalization in patients with advanced dementia and dysphagia receiving either oral or enteral nutrition.	El uso de alimentación alternativa, junto con el número de úlceras por presión se asociaron con un mayor riesgo de muerte en pacientes de edad avanzada con demencia avanzada. También se observó una mayor incidencia de neumonía por aspiración en el grupo de alimentación alternativo. El número de ingresos hospitalarios no era diferente entre las rutas de alimentación.
34	Bitto S, Yamamoto T, Tominaga H, JAPOAN Investigators.	2015	Prospective cohort study comparing the effects of different artificial nutrition methods on long-term survival in the elderly: Japan Assessment Study on Procedures and Outcomes of Artificial Nutrition (JAPOAN).	En este estudio no hay una superioridad significativa de la alimentación de PEG en comparación con la alimentación por sonda nasal o PN. Los médicos deben considerar la elección del método de apoyo nutricional, teniendo en cuenta la limitación del interés del paciente.
35	Roqué M, Salvà A, Vellas B.	2013	Malnutrition in community-dwelling adults with dementia (NutriAlz Trial).	Un diagnóstico y tratamiento adecuados de factores modificables identificados como el deterioro funcional, los comportamientos alimentarios y la depresión podrían retrasar o evitar la desnutrición.
36	Freeman C, Ricevuto A, DeLegge MH.	2010	Enteral nutrition in patients with dementia and stroke.	Las complicaciones asociadas con la nutrición enteral son menores y fáciles de controlar cuando son administradas por un equipo nutricional.

5. DISCUSIÓN

La alimentación en pacientes con demencia avanzada, hoy en día y a pesar de la abundante evidencia científica, continúa siendo un tema clave en la controversia dentro de esta práctica.

Desde 1992 encontramos dos artículos, JAMA y New England Journal of Medicine, en los cuales se han cuestionado la eficacia de la inserción de la una sonda de alimentación en personas con demencia avanzada. Lo que nos hace pensar que se lleva casi tres décadas analizando el correcto uso de esta práctica (22).

La disfagia es una dificultad frecuente entre los adultos mayores, y aunque el aumento de la edad facilita cambios fisiológicos sutiles en la función de la deglución, las enfermedades relacionadas con la edad son factores importantes en la presencia y gravedad de la disfagia y entre las enfermedades de los ancianos y las complicaciones de salud, la demencia refleja una de las altas tasas de disfagia (9).

Los pacientes con demencia a menudo tienen dificultades para alimentarse por sí mismos como consecuencia del deterioro cognitivo, déficits motores como debilidad o apraxia, pérdida de apetito y/o evitación de alimentos. Como resultado, los pacientes con demencia pueden experimentar pérdida de peso y una mayor dependencia para la alimentación, siendo esto lo que puede conducir a otros problemas de salud relacionados con la disfagia, como es el caso de la neumonía. La pérdida de peso puede reflejar una disminución del estado nutricional aumentando así, el riesgo de padecer infecciones oportunistas como la neumonía siendo una causa común de mortalidad en pacientes con demencia. Por tanto, la demencia, la disfagia y las alteraciones de la alimentación relacionadas pueden conducir a déficits nutricionales que a su vez contribuyen a la neumonía y la mortalidad (9).

Entre los pacientes ancianos en particular, la presencia de demencia se asocia con tasas de ingreso hospitalario más altas y una mortalidad general más alta. Además, los pacientes ancianos ingresados en un hospital con demencia tienen una prevalencia general más alta de neumonía y accidente cerebrovascular, lo que sugiere que el envejecimiento aumenta significativamente el riesgo de estos estados de salud negativos (9).

Dado un artículo llevado a cabo por Takenoshita S et al, donde se comparó la aparición de neumonía en pacientes con y sin demencia avanzada (FAST 7) en las mismas circunstancias médicas, se observó que el uso de sondas de alimentación disminuye la frecuencia de neumonía incluso en los pacientes con demencia (18).

Pero en la otra cara de la moneda, nos encontramos con una serie de artículos en nuestra revisión que apoyan todo lo contrario, como es el caso del estudio llevado a cabo por Masaki S et al, donde tras hacer una comparativa entre la alimentación enteral y la alimentación parenteral, obtiene como resultado una mayor incidencia de neumonía en los pacientes con³ alimentación enteral. Esta conclusión manifestada en el estudio realizado por Masaki S et al da para realizar otra línea de investigación frente a la alimentación parenteral, contando que los pacientes de este estudio que la recibieron causaron mayor incidencia de sepsis (11).

En esta misma línea, encontramos el estudio de Goldberg LS et al, donde reincide en la ausencia de evidencia que sugiera que las tasas de supervivencia a largo plazo mejoren en los pacientes con demencia avanzada que se sometieron a la colocación de una PEG por disfagia y riesgo de aspiración (12).

Y para finalizar con esta visión, concluir con el estudio llevado a cabo por Cintra MT et al, donde se resolvió que el uso de alimentación alternativa aumenta la incidencia de neumonía por aspiración en el grupo de pacientes con demencia avanzada (41).

Como hemos observado dentro del ámbito de la colocación de sonda de alimentación, encontramos varios puntos claves como, por ejemplo, su relación directamente proporcional con las úlceras por presión, donde los tres artículos encontramos en nuestra revisión tienen el mismo punto de vista final. Según los artículos llevados a cabo por Cantón Blanco A et al y Teno JM et al, concluyen que las sondas de alimentación no están asociadas con la prevención o la curación de una úlcera por presión, incluso sus hallazgos sugieren que el uso de tubos de alimentación se asocia con un mayor riesgo de úlceras por presión siendo potencialmente dañinas en este tipo de pacientes (16) (27) (37).

El coste de alimentación por sonda es mayor que alimentación manual, y esto se debe por los reingresos de estos pacientes, según lo confirma Ying I en su estudio. Uno de los objetivos del estudio llevado a cabo por Hwang D et al., fue garantizar que los médicos conocieran las indicaciones y riesgos de este método de alimentación. Este estudio sugiere posibles ahorros financieros con la mejora de consentimiento informado basado en una discusión completa de los riesgos y beneficios de la inserción del tubo de alimentación en pacientes con deterioro cognitivo avanzado (21) (23).

A modo de conclusión de esta vertiente general en la mejora de calidad de vida o aumento de la supervivencia de los pacientes con demencia tratados con alimentación enteral, encontramos la opinión de varios autores como Appel-da-Silva MC et al y Takayama K et al, donde según sus estudios de investigación llegaron a obtener resultados favorables en cuanto a la relación entre la sonda de alimentación y pacientes con demencia avanzada, ya que, según sus estudios, la nutrición enteral en pacientes con demencia prolonga la supervivencia, o como es en el caso del estudio llevado a cabo por Appel-da-Silva MC et al, la mortalidad de los pacientes de su muestra no fue por las complicaciones que supone la colocación de una sonda de alimentación, sino por patologías previas de los pacientes (13) (35).

Aunque no de este mismo modo, están las conclusiones basadas por varios autores encontrados en nuestra revisión, como es el caso de Schwartz DB, Cantón Blanco A et al, Ticinesi A et al y Ayman AR et al., donde no apoyan el uso de nutrición enteral en pacientes con demencia avanzada, apelando que no es un abordaje recomendable en este tipo de pacientes ya que aumenta el riesgo de mortalidad (10) (16) (36) (40).

Bitto S et al, realizaron un estudio comparativo entre la elección de PEG o sonda nasogástrica y no se obtuvo ninguna superioridad significativa, los médicos deben considerar la elección del método de apoyo nutricional, teniendo en cuenta la limitación del interés del paciente (42).

Según Ying I, una de las razones para iniciar la nutrición y/o hidratación artificial es siendo paciente con riesgo de disminución de la capacidad mental, incluyendo a los pacientes con demencia. Pero la evidencia científica sigue indicando que no prolonga la supervivencia ni mejora la calidad de vida, sino todo lo contrario ya que el riesgo de aspiración y desarrollo de las úlceras por presión aumentan con el inicio de la alimentación por sonda, esta última puede darse como consecuencia del aumento de deposiciones, en muchos casos líquidas, proporcionando un ambiente húmedo propicio para la degradación de la piel o aumentando el volumen de líquidos de forma directa aumentan las secreciones aéreas. A día de hoy, se sigue usando esta técnica en pacientes con demencia avanzada a tasas alarmantes por causas multifactoriales y el autor concluyo sus propios factores que pueden influir en el uso de sondas de alimentación, como son los factores familiares y del paciente, factores clínicos, factores administrativos y sistémicos (21).

Destacar también dentro de esta práctica, la colocación de medidas de sujeción tanto físicas como farmacológicas para evitar los riesgos y peligros que se pueden llegar a causar como arrancamiento de la sonda de alimentación, y lo podemos observar en los

estudios plasmados por Ying I, Bentur N et al., y Teno JM et al., donde se refleja que los pacientes con sonda de alimentación tienen tres veces más probabilidad de ser inmovilizados y un 40% de los pacientes con alimentación por sonda están bajo esta restricción (21) (31) (38).

En cuanto a las tendencias temporales en la colocación de la sonda de alimentación, se observa en los siguientes estudios dirigidos por Mendiratta P et al y Teno JM que la colocación de la sonda de alimentación sigue aumentando entre los pacientes de edad avanzada y las tasas de colocación se han duplicado entre las personas de edad avanzada hospitalizadas con demencia, lo que nos hace cuestionar si el tipo de atención recibida, como es el caso de cuidados agudos interfiere de forma potencial en esta tendencia, dado que en varios estudios llevados a cabo por Ying I y Teno J et al, manifiestan que la probabilidad de colocación de una sonda de alimentación en pacientes con demencia avanzada depende de la especialidad del médico, siendo los médicos especialistas los que hacen mayor uso de esta técnica que un médico generalista, ya bien sea por falta de experiencia en la atención a personas con demencia avanzada o por la falta de visión más general del paciente (15) (39) (21) (22).

O, por el contrario, tenemos una visión opuesta en nuestra revisión bibliográfica, ya que según Mitchell SL et al., resuelven su estudio con la proporción de pacientes con alimentación por sondas entre 2000 y 2014 disminuyo aproximadamente un 50% como consecuencia a la aparición de investigaciones con opiniones y recomendaciones por parte de los expertos y organizaciones mundiales (20).

Por tanto, la nutrición por sonda no está recomendada en términos generales en pacientes con demencia avanzada a la luz de la evidencia científica disponible, pero si por alguna circunstancia se inicia tratamiento con nutrición artificial, esta actitud deberá ser siempre reevaluable en el tiempo, trabajando los pros y los contras de dicha indicación y dando un margen al entorno familiar para aceptar las recomendaciones planteadas, según Cantón A et al. (33).

La planificación anticipada y una correcta toma de decisiones por parte del triángulo formado por paciente, familia y médicos, es uno de los pilares fundamentales dentro de esta práctica como se puede ver reflejado en la mayoría de los artículos encontrados en nuestra revisión bibliográfica (10).

Se ha observado que en la mayoría de los casos esta carga de toma de decisiones únicamente ha recaído en la familia, sin el conocimiento adecuado sobre los riesgos y beneficios de la práctica y en la mayor parte temiendo ser juzgados. La importancia de que la familia forme parte de la unidad de tratamiento, implicándola en la toma de decisiones sobre las medidas de intervención en el paciente, pero de forma conjunta, no dejándola como “responsable” de la toma de decisiones. Como consecuencia de esta situación en el estudio llevado a cabo por Costa G et al., un alto porcentaje de cuidadores presentan sintomatología psiquiátrica significativa con mayor prevalencia de sintomatología ansiosa y una alteración en la función social del cuidador, asimismo, en un porcentaje considerable existe un nivel de sobrecarga significativo a pesar de estar ingresado en paciente en la unidad (25).

Por ello, la importancia de una mayor educación y apoyo a las familias, ya que se ha observado en el estudio finalizado por Gilmore-Bykovskyi AL et al., un precedente en las broncoaspiraciones de los pacientes por parte de los cuidadores, intentando fomentar una

toma de decisiones conjunta, apoyándose con trabajo social y atención espiritual y realizar finalmente una atención individualizada para cada paciente (17) (21) (32).

La importancia de una correcta comunicación activa entre familia y médico, ya que como en los estudios realizados por Bentur N et al., Cantón A et al. y Teno JM et al., la mayoría de los cuidadores manifiestan que el personal médico no tomo en cuenta sus deseos, miedos o creencias de forma óptima, incluso sintiéndose coaccionados para finalmente realizar la colocación de la sonda de alimentación en el paciente con demencia. Se debe informar de manera adecuada y comprensible a la familia, cuidador o tutor legal de las decisiones tomadas por el equipo y siempre hay que dejar muy claro que el no iniciar una nutrición artificial no supone la interrupción de los cuidados a su ser querido (31) (33) (38).

A este triángulo formado por paciente, familia y médico mencionado antes, Vitale CA et al, añade la función clave de los patólogos del habla y el lenguaje (SLP) dentro de esta toma de decisiones, ya que ayudan a ampliar su visión sobre la alimentación en pacientes con demencia avanzada. En este estudio, se observó que la mayoría de SLP no se sienten formados para tratar la disfagia en este tipo de pacientes, no aseguran la reducción de aspiración con esta práctica y recomendaban la alimentación oral. El SLP puede ser integral para facilitar el desarrollo de un plan de cuidados paliativos que incluya alternativas a la alimentación por sonda, como enseñar a los cuidadores y al personal, estrategias óptimas para continuar con la alimentación oral para mayor comodidad de la manera más segura posible. Aunque los pacientes con demencia avanzada y problemas de alimentación a menudo son evaluados por miembros del equipo interdisciplinario, incluidos los patólogos del habla y el lenguaje (SLP), los médicos son los responsables en última instancia de implementar un estudio médico adecuado y hacer recomendaciones de tratamiento. El equipo interdisciplinario de médico, enfermero, trabajador social y

SLP, u otros profesionales que conocen al paciente, deben establecer juntos objetivos a corto y largo plazo para el paciente y determinar si la alimentación por sonda está médicamente indicada (14).

Como conclusión, la importancia del trabajo en equipo en la toma de decisiones dentro de esta área, pero extrapolarlo a la rutina diaria de nuestro trabajo, como bien se puede observar en el estudio llevado a cabo por Austbø Holteng LB et al., el personal tiene un alto riesgo de tensión emocional y estrés, los cuales son factores de riesgo de agotamiento y depresión. La autoeficacia es una variable importante en lo que respecta a la reducción del riesgo de agotamiento y depresión entre el personal de atención, lo que a su vez está relacionado con la calidad general de la atención y la satisfacción laboral (28).

Para concluir con la toma de decisiones y la importancia de realizarlo a través de un equipo formado y preparado para ello, según el estudio publicado por Freeman C et al., muchas de las complicaciones asociadas con la nutrición enteral son menores y más fáciles de controlar cuando son administradas por un equipo nutricional y realizando un diagnóstico y tratamiento adecuado individualizado para cada paciente (43) (44).

Tras nuestra revisión bibliográfica, sacar también como pieza fundamental en esta toma de decisiones la importancia de la presencia de Voluntades anticipadas o el Documento de Instrucciones Previas (DIP) para que la voluntad del paciente se vea reflejada en sus cuidados en una fase avanzada de la demencia, ya que la falta de información y documentación dificulta la toma de decisiones (16) (17).

A modo alentador, en esta revisión bibliográfica hemos encontrado diversos artículos donde se plasman alternativas y propuestas de mejora para poder llevar a cabo una alimentación correcta en pacientes con demencia avanzada.

Como es el caso del estudio llevado a cabo por Sura L et al., donde se refleja la importancia de la rehabilitación intensiva de la deglución y esfuerzos preventivos para que de forma profiláctica mejore el estado nutricional del paciente y se reduzcan las neumonías en poblaciones ancianas con disfagia. Y donde se plasma una serie de indicaciones para realizar una gestión compensatoria, la cual consta de los ajustes posturales del paciente, cuyas indicaciones para mejorar la deglución y reducir la aspiración son; si el paciente tiene que estar acostado se hará hacia el lado fuerte, es decir el lado no débil, con esta técnica se reduce el tiempo de deglución y por tanto aumenta el tiempo para ajustar y proteger las vías aéreas, si el paciente puede realizar la técnica sentado las indicaciones serían, extensión de la cabeza, mentón arriba, impulsando el bolo alimenticio hacia la parte posterior de la boca y ensanchando la orofaringe; flexión de la cabeza protegiendo las vías aéreas o finalmente rotando la cabeza hacia el lado débil. En segundo lugar, se compensaría mediante las maniobras de deglución, como son, las técnicas de deglución supraglótica y súpersupraglótica, la maniobra de Mendelsohn y la deglución con esfuerzo. Y concluir con la estrategia compensatoria de modificaciones en la dieta, como es por ejemplo los líquidos espesados, siendo la técnica compensatoria más utilizada en hospitales y centros de atención a largo plazo (9).

Por parte de la Sociedad Estadounidense de Nutrición Parenteral y Enteral y la Academia de Nutrición y Dietética han desarrollado pautas y recomendaciones de nutrición enteral para personas con demencia y donde la alimentación oral asistida total cuidadosa es el método preferido de alimentación en este tipo de pacientes (10).

La terapia nutricional (TN), por otro lado, tiene como objetivo de proporcionar la cantidad necesaria de nutrientes para las funciones corporales y de mantener o recuperar un buen estado nutricional, disminuyendo el riesgo de complicaciones, promoviendo una recuperación rápida y reduciendo la duración de la estancia en el hospital, la morbilidad y mortalidad. El uso de esta práctica se relaciona con pacientes de mayor edad y mayor estancia hospitalaria, según Hyeda A et al., lo manifiestan en su estudio (19).

Para concluir con las alternativas propuestas, en nuestra revisión bibliográfica también hemos encontrado técnicas que Sura L et al., no recomiendan para realizar en pacientes con demencia avanzada, como es el caso de la rehabilitación de la deglución, ya que a pesar de ser un enfoque eficaz y se han demostrado beneficios extendidos relacionados con un mejor estado nutricional y una reducción de las tasas de neumonía, pero destinados en pacientes con accidentes cerebrovasculares o patologías que dificulten la deglución, no en el caso de la demencia (24).

Sin ninguna duda, tras la revisión bibliográfica, el punto más importante y de donde viene toda la controversia es el reconocimiento de cuidados paliativos a pacientes con demencia avanzada donde se incluyan las alternativas de alimentación por sonda, como enseñar a los cuidadores y al personal estrategias óptimas para continuar con la alimentación oral para mayor comodidad de la manera más segura posible, como así lo defienden Vitale CA et al. y Cantón Blanco A et al., en sus estudios (14) (16).

Acorde a como se señalan en otros estudios, en el trabajo realizado por Costa G et al., la malnutrición, las úlceras e infecciones urinarias son los síntomas más prevalentes en pacientes con demencia avanzada. Estos síntomas pueden ser tomados al informar a la familia como indicadores del estado de terminalidad, teniendo en cuenta que aquellos pacientes cuyos cuidadores entendieron el pronóstico y la posibilidad de aparición de

estas complicaciones clínicas en la evolución de la demencia avanzada fueron los que recibieron un tratamiento menos agresivo al final de la vida (25).

Según Bertran J en su estudio defiende que el tratamiento paliativo y el tratamiento del dolor en la demencia tienen una gran importancia para el confort del paciente y de su familia. Los problemas más importantes para enfocar el dolor y su tratamiento en la fase avanzada de la demencia pueden ser, la comunicación con el paciente, la información al paciente y su familia y la formación y la sensibilidad sobre este tema entre el personal asistencial (26).

La situación de demencia avanzada requiere un proceso previo de valoración multidimensional y de información al paciente y la familia. El dolor es el síntoma más prevalente y más difícil de valorar, lo que pudo producir una situación de infratratamiento reconocida por diversos autores (26).

La corriente actual de los cuidados paliativos, que propone su integración en todos los servicios sanitarios y sociales, favorece un procedimiento sistemático que permite en los pacientes con demencia avanzada, respetar en todo momento, los deseos y la voluntad del paciente, integrar a la familia y a las personas próximas, utilizar todos los medios terapéuticos al alcance, evitar el encarnizamiento terapéutico y favorecer la prevención del duelo patológico (26).

Aunque los cuidados paliativos se han centrado tradicionalmente en la atención de las personas con cáncer, durante más de una década, se han incrementado los llamamientos en todo el mundo para ampliar los servicios de cuidados paliativos para incluir a todas las personas con enfermedades que limitan la vida que necesitan atención especializada, incluidas las personas con demencia, ya que según Martínez I et al., la enfermedad de

demencia avanzada esta en segunda posición en las patologías más comunes de los pacientes susceptibles de cuidados paliativos fallecidos en domicilio (29) (34).

La demencia avanzada puede considerarse como una condición terminal, donde el enfoque en gran parte, aunque no necesariamente toda, de la atención brindada es paliativa, maximizando la comodidad y la calidad de vida, en lugar de curativa. Sin embargo, los estudios han demostrado que las personas con demencia avanzada a menudo están sujetas a investigaciones innecesarias durante la fase terminal de su enfermedad y se les prescribe menos analgesia en los últimos seis meses de vida en comparación con las personas sin deterioro cognitivo, como Murphy E et al., lo respetan en su estudio (29).

Por último, según un estudio llevado a cabo por Hanson LC et al., la consulta de cuidados paliativos especializados para la demencia en una etapa avanzada, es factible y prometedora para mejorar la toma de decisiones y los resultados clínicos neurológicos para las personas con demencia y sus familias (30).

No me gustaría cerrar nuestra revisión bibliográfica sin mencionar la importancia de la ética dentro la alimentación en pacientes con demencia avanzada ya que, aunque sea en una pequeña parte, dentro de todos los estudios revisados está presente.

En nuestra sociedad tenemos una idea sobre la alimentación muy arraigada como símbolo de cuidado, esto hace que se recurra a ella de forma forzada. A menudo se interpreta erróneamente la recomendación de “no comer” o de no iniciar la nutrición enteral como una interrupción de cuidados, dando lugar a su repulsa (12) (16) (17).

La decisión final de qué tipo de alimentación se administra a un paciente con demencia avanzada se ve implicada por temas culturales, sociales y religiosos, influyendo en la toma de decisiones. En el estudio llevado a cabo por Shalom T et al., se concluyó que tanto la religión como la edad (personas jóvenes) son más propensas a aceptar una

alimentación forzada para su familiar/paciente. Los aspectos culturales afectan de mismo modo las opiniones sobre la intervención en condiciones del final de la vida. Por razones culturales, históricas y éticas, se postula la comida y los líquidos se ven como una necesidad básica de la vida y no como una intervención médica en la atención al final de la vida. Como conclusión final, tenemos que tener presente la sociedad multicultural que somos respetando en todo momento las últimas voluntades del paciente y su familia. (13) (17) (21) (31).

6. CONCLUSIÓN

Tras la revisión bibliográfica sobre, el uso de sondas de alimentación en pacientes con demencia avanzada, he obtenido una serie de conclusiones que, pese a la avalancha de evidencia científica dentro de esta práctica, sigue habiendo una lucha en la controversia entre ciencia y bioética.

En primer lugar, y a modo general, apoyada por la mayoría de las opiniones de los autores de nuestra revisión bibliográfica, decir que no hay ningún tipo de evidencia científica sobre la mejora del estado general de salud de un paciente con demencia avanzada tras el uso de una sonda de alimentación.

Como hemos podido analizar, no hay una mejora del estado nutricional tras su colocación, no mejora el estado de cicatrización o cura de las úlceras por presión, no disminuye el riesgo de aspiración en los pacientes con disfagia y por consiguiente no disminuye la morbilidad ni mucho menos la mortalidad.

La cultura, religión o sociedad son uno de los motivos por el cual se sigue realizando esta práctica, ya que hemos observado que nuestra sociedad ve la acción de comer como símbolo de “cuidado” y “salud” de nuestros pacientes. Lo que lleva a pensar, que la negativa de esta, se relaciona con un abandono de su cuidado.

Por el contrario, hemos encontrado propuestas de mejora en la alimentación de pacientes con demencia, como es el caso de la alimentación oral asistida, recomendaciones de gestión compensatoria como, por ejemplo, la postura corporal, la modificación de texturas de los alimentos mediante espesantes y por ultimo destacar la formación e información que prestamos a los cuidadores encargados de realizar esta práctica.

La importancia en la toma de decisiones, una vez más remarcado dentro de un tema relacionado con la salud. El trabajo en equipo y velar siempre por la calidad de vida del paciente como objetivo principal de los profesionales. Incluir al paciente y familia dentro de esta toma de decisiones como prioridad.

Destacar la importancia del documento de instrucciones previas (DIP) o voluntades anticipadas (DVA), ya que es fundamental para poder realizar un correcto plan de cuidados.

Finalmente, uno de los puntos clave dentro de esta revisión, es el reconocimiento de los cuidados paliativos en los pacientes con demencia avanzada. Donde, desde mi punto de vista, considero necesario e imprescindible para poder avanzar dentro de la práctica general de cuidados de pacientes con demencia avanzada.

7. BIBLIOGRAFÍA

1. OMS. Temas de salud, Demencia. Organización Mundial de la Salud. 2019.
Disponible: <https://www.who.int/topics/dementia/es/>
2. Cantón Blanco Ana, Lozano Fuster Francisca Margarita, Olmo García M^a Dolores del, Virgili Casas Nuria, Wanden-Berghe Carmina, Avilés Victoria et al. Manejo nutricional de la demencia avanzada: resumen de recomendaciones del Grupo de Trabajo de Ética de la SENPE. Nutr. Hosp. [Internet]. 2019 Ago [citado 2020 Nov 20]; 36(4):988-995. Disponible en: http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0212-16112019000400033
3. Cantón Blanco Ana, Lozano Fuster Francisca Margarita, Olmo García M^a Dolores del, Virgili Casas Nuria, Wanden-Berghe Carmina, Avilés Victoria et al. Manejo nutricional de la demencia avanzada: resumen de recomendaciones del Grupo de Trabajo de Ética de la SENPE. Nutr. Hosp. [Internet]. 2019 Ago [citado 2020 Nov 20]; 36(4):988-995. Disponible en: http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0212-16112019000400033
4. Velasco M, García-Peris P. Causas y diagnóstico de la disfagia. Nutr. Hosp. [Internet]. 2009 May [citado 2020 Nov 20]; 2(2): 56-65. Disponible en: <https://www.redalyc.org/pdf/3092/309226754006.pdf>
5. Belafsky PC, Mouadeb DA, Rees CJ, Pryor JC, Postma GN, Allen J, Leonard RJ. Validity and Reliability of the Eating Assessment Tool (EAT-10). Annals of Otolaryngology Rhinology & Laryngology 2008;117(12):919-924. Disponible en: <https://www.nestlenutrition-institute.org/docs/default-source/global-document->

[library/publications/secured/eat-10-spanish---final-11212016.pdf?sfvrsn=d1c8a7ec_2](https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/18789561/)

6. Clavé P, Arreola V, Romea M, Medina L, Palomera E, Serra-Prat M. Accuracy of the volume-viscosity swallow test for clinical screening of oropharyngeal dysphagia and aspiration. *Clin Nutr*. 2008 Dec;27(6):806-15. Disponible en: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/18789561/>
7. Rica Escuín M^a Luisa de la, González Vaca Julia, Oliver Carbonell José Luis, Abizanda Soler Pedro. Uso de las sondas de alimentación en el paciente con demencia avanzada: revisión sistemática. *Rev Clin Med Fam [Internet]*. 2013 Feb [citado 2020 Nov 20]; 6(1):37-42. Disponible en: http://scielo.isciii.es/scielo.php?pid=S1699-695X2013000100007&script=sci_arttext&tlng=pt
8. Gómez-Busto F, Andia V, Ruiz de Alegria L, Francés I. Abordaje de la disfagia en la demencia avanzada. *Revista Española de Geriatria y Gerontología*. 2009 [citado 2020 Nov 20]; 44 (2): 29-36. Disponible en: <https://www.sciencedirect.com/science/article/abs/pii/S0211139X09002182#bbib1>
9. Sura L, Madhavan A, Carnaby G, Crary MA. Dysphagia in the elderly: management and nutritional considerations. *Clin Interv Aging*. 2012; 7 :287-298. Disponible en: https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3426263/#_sec23title
10. Schwartz DB. Enteral Nutrition and Dementia Integrating Ethics. *Nutr Clin Pract*. 2018 Jun;33(3):377-387. Disponible en: <https://onlinelibrary.wiley.com/doi/full/10.1002/ncp.10085>

11. Masaki S, Kawamoto T. Comparison of long-term outcomes between enteral nutrition via gastrostomy and total parenteral nutrition in older persons with dysphagia: A propensity-matched cohort study. *PLoS One*. 2019;14(10). Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC6774498/>
12. Goldberg LS, Altman KW. The role of gastrostomy tube placement in advanced dementia with dysphagia: a critical review. *Clin Interv Aging*. 2014;9:1733-1739. Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4205113/>
13. Appel-da-Silva MC, Zuchinali P, de Oliveira RF, Boligon CS, Riella C, Salazar GS. Nutritional profile and mortality in patients undergoing percutaneous endoscopic gastrostomy. *Nutr Hosp*. 2019 Jul 1;36(3):499-503. Disponible en: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/31007030/>
14. Vitale CA, Berkman CS, Monteleoni C, Ahronheim JC. Tube feeding in patients with advanced dementia: knowledge and practice of speech-language pathologists. *J Pain Symptom Manage*. 2011 Sep;42(3):366-78. Disponible en: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/21454044/>
15. Mendiratta P, Tilford JM, Prodhan P, Curseen K, Azhar G, Wei JY. Trends in percutaneous endoscopic gastrostomy placement in the elderly from 1993 to 2003. *Am J Alzheimers Dis Other Demen*. 2012 Dec;27(8):609-13. Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4011175/>
16. Cantón Blanco A, Lozano Fuster FM, Del Olmo García M^aD, Virgili Casas MN, Wanden-Berghe Lozano C, Avilés V, et al. Manejo nutricional de la demencia avanzada: resumen de recomendaciones del Grupo de Trabajo de Ética de la SENPE [Nutritional management of advanced dementia: summary of

- recommendations of the SENPE Ethic Group]. Nutr Hosp. 2019 Aug 26;36(4):988-995. Disponible en: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/31321986/>
17. Shalom T, Shuv-Ami A. Force-Feeding and Resuscitation of Patients with Advanced Dementia: A Public Opinion Study. Isr Med Assoc J. 2018 Jun;20(6):368-372. Disponible en: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/29911758/>
 18. Takenoshita S, Kondo K, Okazaki K, Hirao A, Takayama K, Hirayama K, et al. Tube feeding decreases pneumonia rate in patients with severe dementia: comparison between pre- and post-intervention. BMC Geriatr. 2017 Nov 21;17(1):267. Disponible en: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/29157223/>
 19. Hyeda A, Costa ÉSMD. Economic analysis of costs with enteral and parenteral nutritional therapy according to disease and outcome. Einstein (Sao Paulo). 2017 Apr-Jun;15(2):192-199. Disponible en: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/28767918/>
 20. Mitchell SL, Mor V, Gozalo PL, Servadio JL, Teno JM. Tube Feeding in US Nursing Home Residents With Advanced Dementia, 2000-2014. JAMA. 2016 Aug 16;316(7):769-70. Disponible en: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/27533163/>
 21. Ying I. Artificial nutrition and hydration in advanced dementia. Can Fam Physician. 2015 Mar;61(3):245-8, e125-8. Disponible en: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/25767168/>
 22. Teno J, Meltzer DO, Mitchell SL, Fulton AT, Gozalo P, Mor V. Type of attending physician influenced feeding tube insertions for hospitalized elderly people with severe dementia. Health Aff (Millwood). 2014 Apr;33(4):675-82. Disponible en: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/24711330/>

23. Hwang D, Teno JM, Gozalo P, Mitchell S. Feeding tubes and health costs postinsertion in nursing home residents with advanced dementia. *J Pain Symptom Manage.* 2014 Jun;47(6):1116-20. Disponible en: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/24112820/>
24. Sura L, Madhavan A, Carnaby G, Crary MA. Dysphagia in the elderly: management and nutritional considerations. *Clin Interv Aging.* 2012; 7:287-98. Disponible en: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/22956864/>
25. Costa G, Espinosa M^aC, Cristofól R, Cañete J. Demencia avanzada y cuidados paliativos: características sociodemográficas y clínicas. *Med Paliat.* 2012; 19(2):53-57. Disponible en: <https://www.medicinapaliativa.es/Documentos/ArticulosNew/S1134248X11000103.pdf>
26. Bertran J. Tratamiento paliativo y del dolor en pacientes con demencia. *Informaciones psiquiátricas: publicación científica de los centros de la congregación de hermanas hospitalarias del sagrado corazón de Jesús.* ISSN. 2016; 224: 51-57. Disponible en: <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=6970153>
27. Teno JM, Gozalo P, Mitchell SL, Kuo S, Fulton AT, Mor V. Feeding tubes and the prevention or healing of pressure ulcers. *Arch Intern Med.* 2012 May 14;172(9):697-701. Disponible en: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/22782196/>
28. Austbø Holteng LB, Frøiland CT, Corbett A, Testad I. Care staff perspective on use of texture modified food in care home residents with dysphagia and dementia. *Ann Palliat Med.* 2017 Oct;6(4):310-318. Disponible en: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/28754043/>

29. Murphy E, Froggatt K, Connolly S, O'Shea E, Sampson EL, Casey D, Devane D. Palliative care interventions in advanced dementia. *Cochrane Database Syst Rev*. 2016 Dec 2;12(12):CD011513. Disponible en: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/27911489/>
30. Hanson LC, Kistler CE, Lavin K, Gabriel SL, Ernecoff NC, Lin FC, et al. Triggered Palliative Care for Late-Stage Dementia: A Pilot Randomized Trial. *J Pain Symptom Manage*. 2019 Jan;57(1):10-19. Disponible en: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/30342242/>
31. Bentur N, Sternberg S, Shuldiner J, Dwolatzky T. Feeding tubes for older people with advanced dementia living in the community in Israel. *Am J Alzheimers Dis Other Demen*. 2015 Mar;30(2):165-72. Disponible en: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/24963078/>
32. Gilmore-Bykovskyi AL, Rogus-Pulia N. Temporal Associations between Caregiving Approach, Behavioral Symptoms and Observable Indicators of Aspiration in Nursing Home Residents with Dementia. *J Nutr Health Aging*. 2018;22(3):400-406. Disponible en: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/29484354/>
33. Cantón A, Lozano FM, del Olmo M^aD, Virgili N, Wanden-Berghe C, Avilés V, et al. Manejo nutricional de la demencia avanzada: resumen de recomendaciones del Grupo de trabajo de Ética de la SENPE. *Nutrición hospitalaria*, ISSN. 2019: 988-995. Disponible en: <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=7042257>
34. Martínez I, López SR, Martín S, Morales L, Soriano SI, Martínez AI. Prevalencia y tipología de pacientes susceptibles de cuidados paliativos fallecidos en el

- domicilio. An. Sist-Sanit. Navaro. 2018; 41(3): 321-328. Disponible en: <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=6735801>
35. Takayama K, Hirayama K, Hirao A, Kondo K, Hayashi H, Kadota K, Asaba H, Ishizu H, Nakata K, Kurisu K, Oshima E, Yokota O, Yamada N, Terada S. Survival times with and without tube feeding in patients with dementia or psychiatric diseases in Japan. Psychogeriatrics. 2017 Nov;17(6):453-459. Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/29178502>
36. Ticinesi A, Nouvenne A, Lauretani F, Prati B, Cerundolo N, Maggio M, Meschi T. Survival in older adults with dementia and eating problems: To PEG or not to PEG? Clin Nutr. 2016 Dic;35(6):1512-1516. Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/27091773>
37. Teno JM, Gozalo P, Mitchell SL, et al. Feeding tubes and the prevention or healing of pressure ulcers. Arch Intern Med. 2012;172:697–701. <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/22782196>
38. Teno JM, Mitchell SL, Kuo SK, et al. Decision-making and outcomes of feeding tube insertion: a five-state study. J Am Geriatr Soc. 2011;59:881–886. <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3254052/>
39. Teno JM, Mitchell SL, Gozalo PL, et al. Hospital characteristics associated with feeding tube placement in nursing home residents with advanced cognitive impairment. JAMA. 2010;303:544–550. <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/20145231>
40. Ayman AR, Khoury T, Cohen J, Chen S, Yaari S, Daher S, Benson AA, Mizrahi M. PEG Insertion in Patients With Dementia Does Not Improve Nutritional Status and Has Worse Outcomes as Compared With PEG Insertion for Other Indications.

- J Clin Gastroenterol. 2017 May/Jun;51(5):417-420. Disponible:
<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/27505401>
41. Cintra MT, de Rezende NA, de Moraes EN, Cunha LC, da Gama Torres HO. A comparison of survival, pneumonia, and hospitalization in patients with advanced dementia and dysphagia receiving either oral or enteral nutrition. J Nutr Health Aging. 2014 Dic;18(10):894-9. Disponible:
<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/25470805>
42. Bito S, Yamamoto T, Tominaga H; JAPOAN Investigators. Prospective cohort study comparing the effects of different artificial nutrition methods on long-term survival in the elderly: Japan Assessment Study on Procedures and Outcomes of Artificial Nutrition (JAPOAN). JPEN J Parenter Enteral Nutr. 2015 May;39(4):456-64. Disponible:
<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/24525103>
43. Roqué M, Salvà A, Vellas B. Malnutrition in community-dwelling adults with dementia (NutriAlz Trial). J Nutr Health Aging. 2013 Abr;17(4):295-9. Disponible: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/23538648>
44. Freeman C, Ricevuto A, DeLegge MH. Enteral nutrition in patients with dementia and stroke. Curr Opin Gastroenterol. 2010 Mar;26(2):156-9. Disponible:
<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/19907322>